Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YORMARY DIAZ RUIZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52054866						
CORREO ELECTRONICO:	yorto14@hotmail.com				CELULAR:	3112270061						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	GESTION CLINICA AMBULATORIA				(UMHE PATIO BONITO TINTAL)							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GESTION CLINICA AMBULATORIA(UMHE PATIO BONITO TINTAL) KE11				SEDE:	KE11						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE11E02	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4500148749								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3148-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			6 de 6			
NÚMERO DE CDP	861	FECHA	27/06/19	NÚMERO DE CRP		30381	FECHA	30/06/19		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO ODONTOPEDIATRIA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIENTE.E.S.E, DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCION.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	7	2019		31	7	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$4.678.344									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

OBSERVACIONES:LA ARL LA PAGA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIENTE.E.S.E (198 HORAS)

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:*****	$26.179.824
VALOR EJECUTADO****	$25.754.520
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4.678.344
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$425.304
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	98%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **2,070,290** el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8212032/8291231	$2.902.040,00	$182.000	$233.000	$0	$0	$415.000

Dado en Bogotá JULIO del año DOS MIL DIECINUEVE (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LORENA MARGARITA BERRIO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

YORMARY DIAZ RUIZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código	04-07-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	UMHES PATIO BONITO TINTAL ODONTOLOGIA			**Sede:**	**UMHES PATIO BONITO TINTAL**					
No. DE CONTRATO:	3148-2019	**Periodo certificado desde el**		**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
				1	7	2.019		31	7	2.019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YORMARY DIAZ RUIZ			**C. C.**		52.054.866		**DE**	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como Odontopediatra de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI __ NO ____ Servicios: SI __X NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Atender consulta especializada y urgencias en Odontopediatria elaboración de historia clínica y examen en odontopediatria de cada paciente integral. Diagnosticar patologias y efectuar tratameinto de odontopedi , solicitar examenes paraclinicos en caso necesario	si	Si se atendió consulta especializada y urgencias en Odontopediatira elaboración de historia clínica y examen de odontopediatria de cada paciente integral. Se diagnosticó patologias y se efectuó tratamientos en Odontopediatria ,	Atención de los pacientes agendados que cumplieron sus citas de valoracion y entrega de referencia para autorizacion en su eps.
Atender a los usuarios y ordenar analisis y examenes de laboratorio y estudio de resultados. Contribuir en la evaluación de actividades e impacto de la prestación de los servicios de salud oral.	si	Si se atendió y se ordenó analisis y examenes de laboratorio y se estudio los resultados. Se realizó la evaluación de actividades e impacto de la prestación de los servicios de salud oral como control de placa, fluor en barniz, eduacion en salud, restauraciones para su tratamiento .	Historia clinica donde se evidencia la educación a los pacientes acerca de la importancia del dx y plan del tratamiento.
Diligenciar los sistemas de información en salud diariamente. Tomar radiografias periapicales.	si	Se diligenció los sistemas de información en salud diariamente. Se tomó radiografias periapicales.	Historias clinicas diligenciadas con completitud , pertinencia, y lectura de rx periapicales
Cumplir con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorezca el proceso de acreditacion al interior de la institucion. Realizar notificación de eventos de interes en salud publica, asi como los eventos adversos presentados en el servicio	si	Si cumplió con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorecio el proceso de acreditacion al interior de la institucion. Se realizó notificación de eventos de interes en salud publica, asi como los eventos adversos presentados en el servicio	Participe en reunion servicio de odontologia, y capacite en Manejo del comportamiento,reportea seguridad de paciente susesos de seguridad
Realizar informes mensuales de gestión, vigilar y resoponder por el adecuado y racional uso de los recursos asignados, su nivel de rotación e inventario. Mantener, desarrollar e implementar la visión y la misión del hospital e impulsar y promosionar nuestro portafolio de servicios.	si	Se realiza informes mensuales de gestión, se vigila y respondió por el adecuado y racional uso de los recursos asignados, su nivel de rotación e inventario. Si se mantuvo , desarrollo e implementa la visión y la misión del hospital e impulso y promoción de portafolio de servicios	Diligenciamiento del siso y envio referente de odontología
Vigilar el correcto uso y mantenimiento del equipo y los elementos a su cargo.	si	Se vigiló el correcto uso y mantenimiento del equipo y los elementos a su cargo.	Reportes de anomalias en equipos a para su revision y mantenimiento.
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución	si	Me adhiero a las Normas y procedimientos que tiene la institucion	
Apoyar los procesos de facturación de los servicios que preste y responder por las glosas generadas por errores en	si	Atendí paciente con factura y escogi el ingreso adecuado en el sistema	100% de atencion de pacientes con factura
Vigilar el cumplimiento de las normas sobre notificación obligatoria de enfermedades y remitir las respectivas notificaciones al área de salud pública del Hospital	si	realizo notificaciones de vigilancia cuando es evidenciado.	
Responder por el buen estado y mantenimiento de los elementos de trabajo asignados.	si	Respondo por el buen manejo de todos los equipos que uso y elementos de trabajo	
Mantener en completo orden y aseo el Instrumental y equipo teniendo en cuenta la técnica de asepsia.	si	Verificacion de estado de asepsia del instrumental y los equipos biomedicos en uso a la auxiliar de consultorio encargada del mismo	Registro en historia clinica de la carga y el lote esterilizacion con el cual se atiende cada paciente en consulta.
Uso adecuado del bata y carne según lineamiento institucional.	si	Correcto uso de los implementos de identificacion en el UMHES y las barreras bioseguridad en la atencion de pacientes .	Disminuir riesgos de contaminacion cruzada en consulta y correcta identificacion del profesional por parte de los pacientes

OBSERVACIONES:

$4,678,344 CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS MDA MCTE

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA YORMARY DIAZ RUIZ CC52,054,866

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

Lorena Margarita Berho

RECAUDO INTEGRADO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Planilla No. **8291231**

INFORMACION GENERAL DE LA PLANILLA:

Tipo Identific.	Número Identificación	Nombre o Razón Social	Sucursal / Dependencia	Salud	Pensiones, Riesgos, CCF, SENA, ICBF	Tipo Empresa	Clase	Código ARP	Exento Parafisc.	Beneficia. Cajas
CC	52054866	Yormary Diaz Ruiz	Principal	2019-06	2019-06	PRIVADO	I		NO	N/A

Dirección	Municipio	Cod	Departamento	Cod	Teléfono	Fax	Correo Electrónico	Actividad Económica	Total IBC	Total Cotizantes	Fecha Pago	No. Radicación
cra 81Bnro 19B -80 T21	PUERTO ASIS	568	PUTUMAYO		4828421	3132822426	yorto14@hotmail.com	8622	2800	1	2019-07-11	468898976

DETALLE DE LOS APORTES:

Datos del Afiliado								Novedades													Días Cot.			Valor IBC				Liquidación de Aportes								
Tipo Id.	Número Identif.	Apellidos y Nombres	AFP	EPS	ARL	Clase de Riesgo	Caja de Compensación F.	ING	RET	TDAE	TDAP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	AVC	VCT	AFP	ARP	ACF	Salario Básico	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aporte Pensión	Aporte Salud	Aporte Riesgos	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	MINEDU	TOTAL
CC	52054866	DIAZ RUIZ YORMARY	COLPENSIONES	COOMEVA S.A. EPS		3								A						30	30	0	1,446,040	1,446,040	1,446,040	0	0	231,400	180,800	0	0	0	0	0	0	412200
CC	52054866	DIAZ RUIZ YORMARY	COLPENSIONES	COOMEVA S.A. EPS		3								CX						30	30	0	1,456,000	1,456,000	1,456,000	0	0	233,000	182,000	0	0	0	0	0	0	415000

TOTALES:

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	APORTES PENSION	APORTES SALUD	APORTES RIESGOS	APORTES CAJAS	APORTES SENA	APORTES ICBF	APORTES ESAP	APORTES MIN EDUCACION	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA NI DESCUENTOS
2,902,040.00	2,902,040.00	0.00	0.00	1,600.00	1,200.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2,800.00

PAGADO

RECAUDO INTEGRADO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Planilla No. **8212032**

INFORMACION GENERAL DE LA PLANILLA:

Tipo Identific.	Número Identificación	Nombre o Razón Social	Sucursal / Dependencia	Salud	Pensiones, Riesgos, CCF, SENA, ICBF	Tipo Empresa	Clase	Código ARP	Exento Parafisc.	Beneficia. Cajas
CC	52054866	Yormary Diaz Ruiz	Principal	2019-06	2019-06	PRIVADO	I		NO	N/A

Dirección	Municipio	Cod	Departamento	Cod	Teléfono	Fax	Correo Electrónico	Actividad Económica	Total IBC	Total Cotizantes	Fecha Pago	No. Radicación
cra 81Bnro 19B -80 T21	PUERTO ASIS	568	PUTUMAYO		4828421	3132822426	yorto14@hotmail.com	8622	412200	1	2019-06-07	454876915

DETALLE DE LOS APORTES:

Datos del Afiliado								Novedades													Días Cot.			Valor IBC				Liquidación de Aportes								
Tipo Id.	Número Identif.	Apellidos y Nombres	AFP	EPS	ARL	Clase de Riesgo	Caja de Compensación F.	ING	RET	TDAE	TDP	TAP	VSP	VSTE	SLN	IGE	LMA	AVC	AVP	AFP	APS	ARP	ACF	Salario Básico	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aporte Pensión	Aporte Salud	Aporte Riesgos	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	MINEDU	TOTAL
CC	52054866	DIAZ RUIZ YORMARY	COLPENSIONES	COOMEVA S.A. EPS		3														30	30	0	0	1,446,040	1,446,040	1,446,040	0	0	231,400	180,800	0	0	0	0	0	0	412200

TOTALES:

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	APORTES PENSION	APORTES SALUD	APORTES RIESGOS	APORTES CAJAS	APORTES SENA	APORTES ICBF	APORTES ESAP	APORTES MIN EDUCACION	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA NI DESCUENTOS
1,446,040.00	1,446,040.00	0.00	0.00	231,400.00	180,800.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	412,200.00

PAGADO
FEDELCAJAS